1353670883

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1

Bogotá, D.C., 30 de octubre de 2024

Capitán
ISAAC AMADO CODINA GALLARDO
Jefe (E) Grupo de Contratos RASES No1
Carrera 68 B Bis 44 – 58 Bogotá
D.C.

Asunto: evaluación definitiva proceso PN RASES No. 1 SA 040 2024

Como integrantes del comité jurídico dentro del proceso de la referencia, que tiene por objeto el **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LOS USUARIOS Y/O BENEFICIARIOS CON SÍNDROME DE DOWN AFILIADOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL Y ADSCRITOS A LAS UNIDADES PRESTADORAS DE SALUD PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 "** designados por parte de la Regional de Aseguramiento en Salud No 1, recibida los documentos de la oferta presentada por el proponente CORPORACIÓN SINDROME DE DOWN.

Podemos concluir que la nombrada Institución CUMPLE con los requisitos de orden jurídico contenidos en el pliego de condiciones.

Atentamente,

PS-19 MARCELA MARCIALES SANTOS
Evaluador Jurídico

CPS-4 ELIANA MARCELA RIVERA ESPITIA
Evaluador Jurídico

IJ EFRAIN ERNESTO HERNANDEZ PEREZ
Evaluador Jurídico

heidy.abaunza

IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO	PN RASES SA	040	2024
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LOS USUARIOS Y/O BENEFICIARIOS CON SINDROME DE DOWN AFILIADOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL Y ADSCRITOS A LAS UNIDADES PRESTADORAS DE SALUD PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1		
Ítem (s) y/o Grupo (s) Ofertado (s)		SMLMV	
Presupuesto Oficial Grupo (s) Ofertado (s)	$ 156.000.000,00		
Fecha de Cierre	viernes, 25 de octubre de 2024		120,00
Plazo Ejecución Contrato	miércoles, 30 de abril de 2025		

DATOS DEL OFERENTE			
DESCRIPCION	ANEXA SI / NO	FOLIO	VERIFICACIÓN
Nombre o Razón Social	CORPORACIÓN SINDROME DE DOWN	S/F	CUMPLE
Nit	800037619-0		
Representante Legal	LUZ EUGENIA GARCIA DE GALINDO		
Cedula de Ciudadanía	41.709.592		

VERIFICACION DE DOCUMENTOS CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA			
DESCRIPCIÓN	ANEXA SI / NO	FOLIO	VERIFICACIÓN
Anexar	SI	S/F	CUMPLE
Suscrita por el Proponente	SI		

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL			
DESCRIPCIÓN	ANEXA SI / NO	FOLIO	VERIFICACIÓN
Anexar	SI	S/F	CUMPLE
Fecha (Indicar fecha de expedición)	26/09/2024		
Capacidad del Representante Legal	SI		
Acta Junta de Socios o su Equivalente	No aplica		
Objeto Social	SI		
Vigencia de la Sociedad (Fecha de la Vigencia)	Indefinida		

FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE CIUDADANIA			
DESCRIPCIÓN	ANEXA SI / NO	FOLIO	VERIFICACIÓN
Anexar	SI	S/F	CUMPLE

BOLETIN DE RESPONSABLES FISCALES			
DESCRIPCIÓN	ANEXA SI / NO	FOLIO	VERIFICACIÓN
Anexar	SI	WEB	CUMPLE

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS			
DESCRIPCIÓN	ANEXA SI / NO	FOLIO	VERIFICACIÓN
Anexar	SI	WEB	CUMPLE

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES			
DESCRIPCIÓN	ANEXA SI / NO	FOLIO	VERIFICACIÓN
Anexar	SI	WEB	CUMPLE

CERTIFICADO DE ANTECDENTES JUDICIALES DELITOS SEXUALES CONTRA MENORES			
DESCRIPCIÓN	ANEXA SI / NO	FOLIO	VERIFICACIÓN
Anexar	SI	WEB	CUMPLE

CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE APORTES PARAFISCALES			
DESCRIPCIÓN	ANEXA SI / NO	FOLIO	VERIFICACIÓN
Anexar	SI	S/F	CUMPLE
Pago Últimos 6 Meses	SI		CUMPLE
Suscrita por Revisor Fiscal o representante legal	SI		CUMPLE

ORIGEN LICITO DE LOS RECURSOS			
DESCRIPCIÓN	ANEXA SI / NO	S/F	VERIFICACIÓN
Anexar	SI	S/F	CUMPLE

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN			
DESCRIPCIÓN	ANEXA SI / NO	FOLIO	VERIFICACIÓN
Anexar	SI	S/F	CUMPLE
Suscrita por el Proponente	SI	S/F	CUMPLE

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD			
DESCRIPCIÓN	ANEXA SI / NO	S/F	VERIFICACIÓN
	SI	S/F	CUMPLE

CERTIFICADO DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS (RNMC)			
DESCRIPCION	ANEXA SI / NO	FOLIO	VERIFICACIÓN
Anexar	SI	WEB	CUMPLE

REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM)			
DESCRIPCION	ANEXA SI / NO	FOLIO	VERIFICACIÓN
Anexar	SI	S/F	CUMPLE

GARANTIA SERIEDAD DE LA OFERTA			
DESCRIPCION	ANEXA SI / NO	FOLIO	VERIFICACIÓN
ASEGURADORA	SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR	S/F	CUMPLE
NUMERO DE POLIZA	1001105982901		
VALOR ASEGURADO	15.600.000,00		
BENEFICIARIO	SI		
AMPAROS	SI		
VIGENCIA 4 MESES A PARTIR DEL CIERRE	28/02/2025		
SUSCRITA POR EL REPRESENTANTE LEGAL	SI		

EVALUADOR JURIDICO	EVALUADOR JURIDICO	EVALUADOR JURIDICO
Abogado	Abogado	Abogada
J. EFRAIN ERNESTO HERNANDEZ PEREZ	MARCELA MARQUES SANTOS	ELIANA MARCELA RIVERA ESPITIA

OBSERVACIONES
EL OFERENTE CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE ORDEN JURIDICO CONTENIDOS EN EL PLIEGO

1353670883

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ

COMPROMISO ANTICORRUPCION, DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION y MANIFESTACIÓN SOBRE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Marcela Marciales Santos, identificada con C.C. 60.250.519 de Pamplona (N de S), Como integrante del comité JURIDICO asumo los siguientes compromisos:

- No recibiré sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún proveedor en relación con su propuesta, (con el proceso de contratación) ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de su propuesta.
- No permitiré que nadie, bien sea empleado de la compañía o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor haga ofrecimientos a nombre de la firma.

Me comprometo formalmente a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o como efecto la colusión en el presente proceso de contratación.

- Que todas las actuaciones y recomendaciones, están encaminadas a garantizar que el proceso de contratación se realice en el marco del cumplimiento de los principios de transparencia, economía responsabilidad, selección objetiva e imparcialidad absoluta.

Así mismo Recibo información de la documentación de las ofertas presentadas en el proceso en mención clasificándolas como confidenciales, con el fin de ser verificadas como integrante del Comité Evaluador en virtud de lo anterior me obligo a:

- Guardar bajo secreto y en total reserva, mientras no sea de carácter público, la información recibida y que sea catalogada como confidencial.
- No usar en beneficio propio ni de terceros, para fines diferentes a los acordados, copiar, reproducir, divulgar, transferir ni transmitir por ningún medio y a ningún título dicha información.
- Tomar las medidas de seguridad necesarias para que la información confidencial no llegue al conocimiento de terceros y se mantenga en secreto.
- Se exceptúa de la obligación de guardar reserva cuando exista mandato de autoridad competente que exija la divulgación de la información catalogada como confidencial. En este caso, se informará inmediatamente a su conocimiento, la situación a los titulares de la información.

Declaro de igual manera que cumpliré las obligaciones de guardar reserva establecidas en este documento y las demás propias de su naturaleza, asumiendo en caso de violación del mismo, las consecuencias de las acciones

1353670883

civiles y penales a que haya lugar en razón de los perjuicios que se originen del incumplimiento.

Aunado a lo anterior manifiesto bajo la gravedad del juramento de forma clara e inequívoca, que no me encuentro incursa por sí o por interpuesta persona en las causales de inhabilidad e incompatibilidad previstas en la Constitución y en la Ley, en especial las contempladas en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, en la Ley 1150 de 2007 y en la Ley 1474 del 12 de Julio de 2011 *"Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la Gestión Pública"* Artículo 1. INHABILIDAD PARA CONTRATAR DE QUIENES INCURRAN EN ACTOS DE CORRUPCIÓN, Artículo 2. INHABILIDAD PARA CONTRATAR DE QUIENES FINANCIEN CAMPAÑAS POLÍTICAS, Artículo 4. INHABILIDAD PARA QUE EX EMPLEADOS PÚBLICOS CONTRATEN CON EL ESTADO, Artículo 27. ACUERDOS RESTRICTIVOS DE LA COMPETENCIA y Artículo 90. INHABILIDAD POR INCUMPLIMIENTO REITERADO.

Lo anterior, de conformidad con lo establecido en la Resolución No. 03049 del 24 de agosto de 2012 modificado por la Resolución 00090 de 2018, en concordancia con la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, el artículo 2 de la Ley 1266 de 2008 y Ley 1474 de 2011.

Para constancia firmo en la ciudad de BOGOTÁ D.C., a los 15 (días) del mes de octubre del año 2024.

PS-19 MARCELA MARCIALES SANTOS
C.C 60.250.519 de Pamplona (N de S)

1353670883

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
METROPOLITANA DE BOGOTÁ
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ

GS-2024- **/APRES – UPRES – 3.1**

Bogotá, D.C. 29 de octubre 2024

Señor Capitán
ISAAC AMADO CODINA GALLARDO
Jefe (E) Grupo Contratos RASES N°1
Carrera 68 B Bis N° 44-58
Ciudad

Asunto: Requerimiento Técnico proceso **PN RASES No. 1 SA 040 2024**

De manera atenta y respetuosa el comité técnico evaluador se permite solicitar el siguiente requerimiento, posterior a la verificación técnica de los documentos aportados por la firma **CORPORACION SINDROME DE DOWN**, en el desarrollo del proceso de contratación **PN RASES No. 1 SA 040 2024**, que tiene por objeto la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LOS USUARIOS Y/O BENEFICIARIOS CON SÍNDROME DE DOWN AFILIADOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL Y ADSCRITOS A LAS UNIDADES PRESTADORAS DE SALUD PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1"**

- El oferente deberá allegar Protocolos y Guías de Manejo interdisciplinarias sobre la discapacidad objeto del presente estudio, así como los procedimientos del programa.

Lo anterior para dar continuidad al proceso de verificación técnica.

Atentamente,

ORD10 ZAIDA GOMEZ GOMEZ
Educadora Especial- Evaluadora Técnica

SM10 GLADYS VELANDIA GOMEZ
Terapeuta Ocupacional - Evaluadora Técnica

Carrera 68 B Bis N° 44-58
Conmutador 5804400 ext.1707
disan.upb-je@policia.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE POLICIA No.1
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1

No. GS-2024 - 019522 **/ REGI1**

Bogotá D.C., 29 de octubre de 2024

Señores
CORPORACION SINDROME DE DOWN
Ciudad

Asunto: solicitud requerimiento del proceso **PN RASES No. 1 SA 040 2024**

Con el fin de dar continuidad al proceso de evaluación técnica de la contratación **PN RASES No. 1 SA 040 2024** que tiene por objeto **LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LOS USUARIOS Y/O BENEFICIARIOS CON SÍNDROME DE DOWN AFILIADOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL Y ADSCRITOS A LAS UNIDADES PRESTADORAS DE SALUD PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1,** se solicita se justifique los requerimientos conforme a la comunicación oficial N° GS-2024-S/N-APRES-UPRES-3.1 del día 29 de octubre de 2024, emitida por el comité técnico.

Atentamente,

Capitán **JHON EDINSON LIZCANO GODOY**
Jefe (E) Área Logística y Financiera (RASES) No.1

Subintendente **DIEGO PATIÑO GONZALEZ**
Analista de Contratos

Anexo: comunicación oficial N° GS-2024-S/N-APRES-UPRES-3.1

Carrera 68 B BIS 44-58 Piso 4°
Teléfonos 2201636-2201639
www.policia.gov.co

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1

No. GS-2024- 09670 **/ REGI1**

Bogotá D.C., 31 de octubre de 2024

Señor(a)
fisioterapeuta CLAUDIA LIDA GRANADOS PINTO
fisioterapeuta ZAIDA MARCELA GOMEZ GOMEZ
fisioterapeuta GLADYS VELANDIA GOMEZ
Verificador Técnico
Bogotá D.C.

Asunto: entrega requerimiento Técnico del proceso **PN RASES No. 1 SA 040 2024**

Con el fin de dar continuidad a la evaluación técnica del proceso de contratación **PN RASES No. 1 SA 040 2024** que tiene por objeto **LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LOS USUARIOS Y/O BENEFICIARIOS CON SÍNDROME DE DOWN AFILIADOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL Y ADSCRITOS A LAS UNIDADES PRESTADORAS DE SALUD PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1,** y en atención a la comunicación oficial N° GS-2024-S/N-APRES-UPRES-3.1 del día 29 de octubre de 2024, emitida por el comité técnico, me permito remitir los documentos de la justificación allegados por la **CORPORACION SINDROME DE DOWN.**

Lo anterior con el fin de dar continuidad al proceso de contratación anteriormente mencionado.

Atentamente,

Capitán **ISAAC AMADO CODINA GALLARDO**
Jefe (E) Grupo Contratos (RASES) No. 1

Subintendente **DIEGO PATIÑO GONZALEZ**
Analista de Contratos

Anexo: Lo enunciado

Carrera 68 B BIS 44-58 Piso 4°
Teléfonos 2201636-2201639
hocen.gucot1@policia.gov.co
www.policia.gov.co

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
METROPOLITANA DE BOGOTÁ
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ

GS-2024- **/APRES – UPRES – 3.1**

Bogotá, D.C. 31 octubre 2024

Señor capitán
ISAAC AMADO CODINA GALLARDO
Jefe (E) Grupo Contratos RASES N°1
Carrera 68 B Bis N° 44-58
Ciudad

Asunto: Evaluación Técnica proceso **PN RASES No. 1 SA 040 2024**

De manera atenta el comité técnico evaluador presenta la evaluación de orden técnico realizado a la firma, **CORPORACION SINDROME DE DOWN**, en el desarrollo del proceso de contratación **PN RASES No. 1 SA 040 2024**, que tiene por objeto la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LOS USUARIOS Y/O BENEFICIARIOS CON SÍNDROME DE DOWN AFILIADOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL Y ADSCRITOS A LAS UNIDADES PRESTADORAS DE SALUD PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1**, así:

1.4. REQUISITOS DE ORDEN TÉCNICO-CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS HABILITANTES

Los criterios de selección se relacionan en el Anexo, las cuales serán verificadas como cumple o no cumple.

ITEM	DESCRIPCION	CODIGO CUPS	DESCRIPCIÓN CODIGO CUPS	SI CUMPLE	NO CUMPLE
1	VALORACIÓN INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO (MODALIDAD PRESENCIAL)	890215B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	X	
2	PROGRAMA PRESENCIAL DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA POR USUARIO (MENSUAL)	938660B	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA LEVE	X	
3	PROGRAMA PRESENCIAL PARA USUARIOS CON INCLUSIÓN ESCOLAR (MENSUAL POR USUARIO)	938661B	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	X	
4	PROGRAMA PRESENCIAL PARA USUARIOS SIN INCLUSIÓN ESCOLAR (MENSUAL POR USUARIO)	938662B	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD DEFINITIVA SEVERA	X	

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LOS USUARIOS Y/O BENEFICIARIOS CON SÍNDROME DE DOWN AFILIADOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL Y ADSCRITOS A LAS UNIDADES PRESTADORAS DE SALUD PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1		
ESPECIFICACIONES TECNICAS MINIMAS EXIGIDAS	EVALUACION	
	CALIFICACION	OBSERVACION
REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. El oferente deberá anexar a la oferta la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS, en cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015 y de conformidad con la ley 10 de 1990, el decreto 780 de 2016 y la resolución 3100 de 2019. Así mismo, deberá comprometerse a mantenerla(o) vigente durante la ejecución del contrato.	**CUMPLE**	El oferente presenta documento anexo que acredita cumplimiento, mediante pdf. POLICIA REGISTRO DE PRESTADORES Información consultada y verificada en fecha 29/10/2024 página: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultas/habilitados_reps.aspx?pageTitle=Registro+Actual&pageHlp= Vigente hasta el 31/08/2025

El oferente deberá anexar a la oferta el portafolio de servicios para verificar los servicios que ofrece.	**CUMPLE**	El oferente presenta documento anexo que acredita cumplimiento, mediante pdf.E-G-15 Portafolio de Servicios para Policía Nacional V 10.0
El oferente garantiza que desarrollará: • *Programa de rehabilitación funcional encaminado a los beneficiarios con diagnóstico de* Síndrome de Down, a través de actividades, procedimientos e intervenciones terapéuticas tendientes a desarrollar, mejorar, mantener o restaurar habilidades, destrezas y capacidades, propiciando estrategias eficaces para conseguir su máxima autonomía, interacción, movilidad y/o desempeño en sus actividades de la vida diaria. Todas las actividades deben facilitar la construcción de su proyecto de vida. Se establece de acuerdo a la edad y al grado de severidad de la discapacidad, así: • Programa presencial de estimulación temprana: dirigido a usuarios de 0 a 5 años, con el fin de facilitar el estimular y mejorar las habilidades y destrezas funcionales haciendo énfasis en actividades básicas cotidianas y de la vida diaria, motricidad gruesa y fina, comunicación, cognición e interacción social y emocional, para mejorar su calidad de vida personal y familiar. Para los usuarios que están en edad escolar (mayores de 2 años) se debe prestar, además, el apoyo y asesorías de pedagógica terapéutica a los docentes, usuario y familia. El servicio prestado durante el mes deberá ser de 30 sesiones, incluye el servicio de alimentación (refrigerio). • Programa presencial para usuarios con inclusión escolar: dirigido a usuarios mayores de 6 años, integrados a un colegio regular, quienes requieren apoyo terapéutico- pedagógico y actividades de apoyo y asesoría en pedagogía terapéutica para los docentes y familias. Su objetivo es desarrollar, mantener y potenciar las habilidades y destrezas funcionales haciendo énfasis en estimular la independencia en actividades básicas de la vida diaria, motricidad gruesa y fina, comunicación, cognición e interacción social y emocional, para promover su inclusión en el contexto escolar, así como mejorar su calidad de vida personal y familiar. El servicio prestado durante el mes deberá ser de 30 sesiones, incluye el servicio de alimentación. (refrigerio) • Programa presencial para usuarios sin inclusión escolar: dirigido a usuarios mayores de **16** años sin inclusión escolar, con el fin de potencializar prácticas de autonomía en destrezas de la vida diaria y habilidades de ejecución ocupacional, de acuerdo a sus perfiles ocupacionales e intereses, facilitando oportunidades de participación social y la construcción de su proyecto de vida. El servicio prestado deberá ser de 100 sesiones, incluye el servicio de alimentación (almuerzo). El programa incluye: -Evaluación Terapéutica Interdisciplinaria, Revaloración y seguimiento. -Estructuración de planes de intervención acordes a cada caso particular -Sesiones individuales y grupales con participación de los diferentes profesionales: Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Fonoaudiología, Educación Especial, Trabajo Social y Psicología, de acuerdo a las necesidades de cada usuario. -Entrenamiento prevocacional y vocacional, según su grado de autonomía -Orientación y asesoría a los padres de familia, con el fin de brindar herramientas para la aceptación de la discapacidad y de empoderamiento, mínimo dos (2) durante la ejecución del contrato. Se deberá entregar un acta por cada actividad realizada con anexos fotográficos y firmas de asistencia al ESPAM Rehabilitación. -Brinda servicios de orientación y asesoría a los padres o cuidadores primarios mediante herramientas para la aceptación, comprensión y manejo de la discapacidad.	**CUMPLE**	El oferente presenta documento anexo que acredita cumplimiento, mediante pdf. POLICIA 2024 CONDICIONES MINIMAS HAB firmado por representante legal LUZ GARCIA DE GALINDO
CONDICIONES ESPECÍFICAS	**EVALUACION**	
	CALIFICACION	**OBSERVACION**
1. La asistencia mensual será de acuerdo al programa al cual pertenece el usuario y a sus necesidades específicas, período durante el cual recibirá la atención terapéutica interdisciplinaria, incluido el servicio de alimentación.	**CUMPLE**	El oferente presenta documento anexo que acredita cumplimiento, mediante pdf. POLICIA 2024 CONDICIONES MINIMAS HAB firmado por representante legal LUZ GARCIA DE GALINDO
2. El oferente realizará una valoración inicial al usuario, con el fin de orientar el plan de intervención y las metas a alcanzar, previo concepto del Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero y presentación de la autorización de valoración expedida por la oficina de Referencia y Contra Referencia de la RASES No.1. Así mismo, remitirá el resultado de la valoración al supervisor del contrato para determinar el ingreso del usuario a dicha institución.		
3. El oferente prestará el servicio a los usuarios de acuerdo al objeto del contrato, mediante la presentación de la autorización expedida por la oficina de Referencia y Contra Referencia de la RASES No.1, junto con la fotocopia del carné o constancia de Servicios de Sanidad y documento de identidad del usuario.		
4. El plan individual de tratamiento (PIT) deberá estar orientado a la definición de las metas y objetivos del tratamiento, la descripción de las acciones orientadas a alcanzarlos, las etapas y tiempos en los que se espera que se alcancen, la forma en la que se va a medir su consecución y el momento y modo en el que se va a valorar su cumplimiento. Se concertará entre los Equipos Interdisciplinarios de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero y la entidad contratada, y se basará en las fortalezas, habilidades, deficiencias y necesidades de cada uno de los usuarios, teniendo en cuenta su contexto familiar. Señalará las metas a corto, mediano y largo plazo, así como los criterios de finalización del tratamiento		

5. Antes de iniciar el tratamiento, el Oferente deberá comunicar al grupo familiar el Plan individual de tratamiento (PIT) a realizar de acuerdo con el resultado de la valoración inicial, con el fin de lograr los objetivos propuestos en cada una de las áreas terapéuticas, así como el compromiso de participación activa y permanente para el desarrollo del mismo. Además, cada una de las áreas terapéuticas deberá hacer entrega del plan casero, en el cual se establecen actividades complementarias al plan terapéutico desarrollado.		
6. Las actividades terapéuticas deberán realizarse a nivel individual y grupal, y su intensidad en cada una de las áreas de tratamiento, estará acorde a la etapa del ciclo vital, el grado de discapacidad y las necesidades específicas del usuario. Las sesiones individuales deberán ser de un tiempo mínimo 30 minutos y las sesiones grupales de un tiempo mínimo de 45 minutos		
7. En caso de requerirse ajustes en el programa, se concertará una sesión de estudio del caso con el equipo interdisciplinario de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero.		
El Oferente deberá entregar al Supervisor del Contrato los últimos 5 días hábiles de cada mes, la programación de las actividades mensuales que se realizaran a cada uno de los beneficiarios en el mes siguiente, con el fin de generar las autorizaciones en el sistema SISAP WEB por parte de la oficina de Referencia y Contra Referencia de la RASES No.1, según lo establecido en el manual de autorizaciones de prestaciones del servicio de salud en el SISAP WEB, la generación de las autorizaciones de servicios debe realizarse antes de la prestación de los servicios, no después de la prestación del mismo	**CUMPLE**	El oferente presenta documento anexo que acredita cumplimiento, mediante pdf. POLICIA 2024 CONDICIONES MINIMAS HAB firmado por representante legal LUZ GARCIA DE GALINDO
8. El Oferente deberá facilitar el agentamiento de las sesiones acorde a las actividades diarias y escolares de cada niño, niña y/o adolescente con discapacidad, para garantizar una asistencia efectiva a las mismas. Así mismo, asegurar que los profesionales que prestan los servicios sean permanentes, evitando que haya cambios en el contexto de la consulta que pueda generar retrocesos en la adaptación, colaboración y empatía.		
9. El Oferente deberá asesorar a las familias y/o cuidador sobre los Procesos de inclusión social del usuario en actividades educativas, sociales y/o laborales acordes a su desempeño e interés, así mismo a contactarse con las entidades competentes dentro del marco de la Ley Estatutaria de Discapacidad		
10. El Oferente deberá entregar trimestralmente al Supervisor del Contrato, un informe de evolución y seguimiento cualitativo y cuantitativo de cada usuario en medio físico y magnético; el cual se analizará por el Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero y se anexará en la historia Clínica de cada usuario. Dicho informe deberá incluir la fecha de inicio del tratamiento, los objetivos terapéuticos, los procedimientos realizados, los avances y logros alcanzados, las complicaciones presentadas, las recomendaciones y el compromiso de la familia.		
11. Al finalizar el contrato, el Oferente deberá realizar una evaluación del proceso terapéutico, en comparación con la valoración inicial y entregar el informe de cierre, que permita identificar y evidenciar el cumplimiento de los objetivos y metas trazadas, en relación con el plan de tratamiento inicial, generando recomendaciones a la familia y al Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero.		
12. El Oferente permitirá el acceso del Supervisor del Contrato y sus profesionales para adelantar las labores de supervisión, evaluación, control y auditoría que se requieran durante la ejecución del contrato		El oferente presenta documento anexo que acredita cumplimiento, mediante pdf. POLICIA 2024 CONDICIONES MINIMAS HAB firmado por representante legal LUZ GARCIA DE GALINDO
13. El Oferente se compromete a permitir visitas periódicas a sus instalaciones en el momento de la ejecución del contrato para verificar las condiciones locativas, recurso humano disponible para el desarrollo de las actividades terapéuticas, así como los programas terapéuticos, sin previo aviso.	**CUMPLE**	
14. El servicio terapéutico deberá ser prestado por profesionales idóneos en cada área y por ningún motivo podrá ser asumido por practicantes.		
15. En caso de cambio de alguno de los profesionales presentados en la oferta, el contratista deberá informar por escrito al Supervisor del Contrato, anexando la hoja de vida y certificados de experiencia, con el fin de verificar si acredita la experiencia mínima establecida, el supervisor del contrato será el encargado de dar el aval para que el profesional preste el servicio.		
16. El oferente deberá presentar Protocolos y Guías de Manejo interdisciplinarias sobre la discapacidad objeto del presente estudio, así como los procedimientos del programa.	**CUMPLE**	*El oferente subsana* documentación.
17. El Oferente deberá tener un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) y ejercer seguimiento y control sobre los indicadores de gestión exigidos por el sistema de garantía y calidad en salud.		
18. El oferente deberá recibir, tramitar y solucionar de manera diligente las quejas, no conformidades o sugerencias que se presenten en desarrollo de la prestación de servicios a los usuarios y aplicar las acciones de mejora pertinentes, atendiendo en todo caso las recomendaciones formuladas por el contratante cuando a ello hubiere lugar y entregando un informe al Supervisor del Contrato.		
19. El oferente deberá notificar al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), a las comisarías de familia o, en su defecto, a los inspectores de policía o a las personerías municipales o distritales, los casos en que pueda existir negligencia de los padres o adultos responsables en la atención del usuario, y además denunciar ante la Fiscalía General de la Nación cuando se detecten indicios de maltratos físicos, psicológicos, violencia intrafamiliar o violencia sexual, preservando la cadena de custodia si fuera el caso, radicando copia de la notificación al Supervisor del contrato. Para lo anterior, deberá contar con un protocolo de manejo en los casos que los padres soliciten el desistimiento de los tratamientos; teniendo en cuenta que priman los derechos de los niños sobre los de los adultos. Dicho procedimiento debe incluir la intervención de entes de Control anteriormente mencionados.	**CUMPLE**	El oferente presenta documento anexo que acredita cumplimiento, mediante pdf. POLICIA 2024 CONDICIONES MINIMAS HAB firmado por representante legal LUZ GARCIA DE GALINDO
20. El oferente dispondrá de una persona encargada para la Coordinación del contrato, con una línea telefónica directa que garantice el acceso a la información en general sobre la atención de los usuarios, tales como programación de terapias, tratamientos terapéuticos, novedades en los procedimientos, quejas y resolución de inquietudes, entre otras. Esta línea será de uso del supervisor del contrato y coordinador del servicio de rehabilitación del ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero.		

21. El oferente informará al Supervisor del Contrato, la inasistencia frecuente de los usuarios dentro del mes de la prestación del servicio, indicando nombre del Padre y del usuario que presenta la inasistencia. 22. El Oferente brindará la prestación de los servicios con oportunidad, integridad, eficiencia y excelente calidad científica.	**CUMPLE**	El oferente presenta documento anexo que acredita cumplimiento, mediante pdf. POLICIA 2024 CONDICIONES MINIMAS HAB firmado por representante legal LUZ GARCIA DE GALINDO
23. **RECURSO HUMANO** Personal Profesional: El Oferente para la prestación de los servicios deberá contar con un mínimo de profesionales en las siguientes áreas: ➢ Dos profesionales en Fonoaudiología ➢ Dos profesionales en Fisioterapia ➢ Dos profesionales en Terapia Ocupacional ➢ Dos profesionales en Psicología ➢ Un profesional en Trabajo Social ➢ Dos profesionales en Educación Especial ➢ Un profesional en Nutrición (Asesoría Nutricional) Para el manejo en grupo de los beneficiarios el oferente deberá contar con personal adicional como apoyo para cada nivel. Todos los profesionales presentados en la oferta deben acreditar experiencia mínima de un (1) año. *El Oferente deberá diligenciar el Formulario de Idoneidad de todo el Recurso Humano ofrecido. Así mismo, deberá anexar las Certificaciones de experiencia de cada uno de los profesionales, el Certificado de inscripción en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS) para las profesiones que aplique*	**CUMPLE**	El oferente presenta documento anexo que acredita cumplimiento, mediante pdf. POLICIA 2024 CONDICIONES MINIMAS HAB firmado por representante legal LUZ GARCIA DE GALINDO *Oferente presenta documento* anexo que acredita cumplimiento, mediante pdf. POLICIA HOJAS DE VIDA 1 Y 2, pdf POLICA 2024 IDONEIDAD RH.
24. INSTALACIONES: El Oferente para la prestación de los servicios deberá contar con las siguientes áreas: ➢ Áreas terapéuticas para trabajo grupal, con un máximo de 8 niños por grupo. ➢ Áreas terapéuticas independientes para trabajo individual ➢ Zonas verdes, salón o patio para actividades recreativas. ➢ Zonas de comedor ➢ Baños. ➢ Las instalaciones deben tener buena iluminación y ventilación. ➢ Las instalaciones de la institución deben contar con baños con adaptaciones y rampas de acceso en caso de requerirlas. El Oferente DEBERÁ diligenciar el Formulario Certificación Capacidad administrativa y operacional. NOTA: Así mismo, se verificará a través de una VISITA TÉCNICA por parte del comité evaluador, a las instalaciones de la Institución prestadora del servicio de rehabilitación, la cual se realizará verificando solamente lo estipulado en el Anexo VISITA TÉCNICA del presente estudio previo.	**CUMPLE**	El oferente presenta documento anexo que acredita cumplimiento, mediante pdf. POLICIA 2024 CONDICIONES MINIMAS HAB firmado por representante legal LUZ GARCIA DE GALINDO Oferente presenta documento anexo que acredita cumplimiento, mediante pdf. POLICIA CERT CAP ADMTIVA_1 firmado por representante legal LUZ GARCIA DE GALINDO Se realiza verificación a través de VISITA TECNICA el día 20/10/2024
25. El servicio deberá ser prestado en el inmueble presentado en la oferta. En caso de requerir cambio de instalaciones durante la ejecución del contrato, se deberá informar al Supervisor del contrato, quien realizara la respectiva verificación del inmueble y emitirá el concepto favorable al ordenador del gasto para que en dicho establecimiento se continúe la prestación del servicio, caso en el cual se efectuará la correspondiente modificación al contrato.	**CUMPLE**	El oferente presenta documento anexo que acredita cumplimiento, mediante pdf. POLICIA 2024 CONDICIONES MINIMAS HAB firmado por representante legal LUZ GARCIA DE GALINDO
26. **DOTACIÓN:** El Oferente para la prestación de los servicios deberá contar con la siguiente dotación: • Mesas de trabajo y sillas (Para trabajo en grupo: Mesas máximo de 5 puestos con sus respectivas sillas. Para Trabajo individual: mesas con escotadura.) • Materiales lúdicos y terapéuticos (30 juguetes, 10 láminas de categorías, 2 tableros acrílicos, 5 rompecabezas, 10 pinturas, 5 encajes, 5 ensartados, 5 pelotas, 5 instrumentos musicales, 1 biblioteca) • Una Batería para evaluación psicológica • Una Batería para evaluación de procesos fonológicos. • Una Batería para evaluación del desarrollo motor. • Una Batería para definir perfiles ocupacionales. • Instrumentos de seguimiento y control de habilidades de independencia, de autonomía, de inteligencia, matemáticas, escritura y lectura (uno de cada uno) • Material para apoyo de desarrollo lógico matemático y manejo del dinero (dos) • Material con ayudas visuales para proceso de lecto-escritura (dos) • Instrumentos de seguimiento y control en contexto escolar, de habilidades de independencia, de autonomía y de procesos mentales superiores (uno de cada uno) • Dos kit material de terapia Miofuncional: cuchara, cepillos, sopladores, vasos de escotadura. • Dos bipedestadores.	**CUMPLE**	El oferente presenta documento anexo que acredita cumplimiento, mediante pdf. POLICIA 2024 CONDICIONES MINIMAS HAB firmado por representante legal LUZ GARCIA DE GALINDO Oferente presenta documento anexo que acredita cumplimiento, mediante pdf. POLICIA CERT CAP ADMTIVA_1 firmado por representante legal LUZ GARCIA DE GALINDO Se realiza verificación a través de VISITA TECNICA el día 20/10/2024

• Un gimnasio: colchonetas, rampa, escalera, plano inclinado, cilindro, tabla de equilibrio, rampa rodante, espejo de pared y balones terapéuticos. • Ayudas Audiovisuales uno de cada uno (Grabadora, Reproductor de CD, Televisor, VHS o DVD u otro). • Dos Computadores • Dos espejos de pared de cuerpo completo. • Materiales para el desarrollo de los entrenamiento prevocacional y vocacional El Oferente DEBERÁ diligenciar el Formulario Certificación Capacidad administrativa y operacional. NOTA. Esta condición se verificará por parte del Comité Técnico Evaluador del proceso de la siguiente manera: Al momento de la evaluación, se realizará una visita a las instalaciones del oferente, en la cual se verificara que se cuente con al menos una (1) unidad de los elementos solicitados; las demás cantidades de elementos requeridos serán verificados por el Supervisor del contrato una vez este sea adjudicado y el Contratista contara con un plazo de quince (15) días, a partir de la entrega de la carta de iniciación de ejecución del contrato.		
27. El servicio deberá ser prestado en el inmueble presentado en la oferta. En caso de requerir cambio de instalaciones durante la ejecución del contrato, se deberá informar al Supervisor del contrato, quien realizara la respectiva verificación del inmueble y emitirá el concepto favorable al Ordenador del gasto para que en dicho establecimiento se continúe la prestación del servicio, caso en el cual se efectuará la correspondiente modificación al contrato.	**CUMPLE**	El oferente presenta documento anexo que acredita cumplimiento, mediante pdf. POLICIA 2024 CONDICIONES MINIMAS HAB firmado por representante legal LUZ GARCIA DE GALINDO
28. El Oferente deberá cumplir con las normas universales de bioseguridad, manejo de desechos, asepsia y antisepsia		
29. SERVICIO DE ALIMENTACION El contratista deberá suministrar el servicio de alimentación a los usuarios e informará mensualmente al Supervisor del Contrato y a los padres, el menú ofrecido. Dicho menú debe estar avalado por una Nutricionista ofrecida por el Contratista y se realizará la respectiva verificación por parte del Supervisor del contrato. Solo en casos especiales, cuando se requiera por su patología de base alimentación diferente o complementaria, se deberán tener en cuenta las recomendaciones del médico tratante y/o nutricionista de la UPRES Bogotá y la UPRES Cundinamarca		
30. El Oferente deberá presentar el Certificado no superior a tres meses emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable" (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificación y evidencias a disposición (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato. El oferente diligenciar el formulario de compromiso firmado por el representante legal de la empresa (según modelo publicado en la sección documentos del proceso de la plataforma SECOP II).	**CUMPLE**	El oferente presenta documento anexo que acredita cumplimiento, mediante pdf. POLICIA CERTIFICACION ARL Y POLICIA 2024 SISTEMASST

1.4.1 EXPERIENCIA PROPONENTE:

El oferente **CUMPLE** con la experiencia del proponente contrato vigente No. 81-7-20153-23 entidad POLICIA NACIONAL – DIRECCION DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1 cuyo objeto del contrato es PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACION FUNCIONAL DE LOS BENEFICIARIOS CON SINDROME DE DOWN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, ADSCRITOS A LAS UNIDADES PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1 por un valor total de $408.021.832 MONEDA LEGAL COLOMBIANA con fecha de inicio el 01 DE AGOSTO DE 2023 y fecha de terminación el 10 DE NOVIEMBRE DE 2024.

1.4.2 PROTECCIÓN A LA INDUSTRIA NACIONAL (100 PUNTOS)

El oferente presenta documento anexo que acredita cumplimiento mediante pdf POLICIA 2024 PROTECCION IND NAC

1.4.2 EMPRENDIMIENTOS Y EMPRESAS DE MUJERES (2.5 PUNTOS)

El oferente presenta documento anexo que acredita cumplimiento mediante pdf POLICIA 2024 CERTIFICADOS MUJERESoc firmado por representante legal LUZ GARCIA DE GALINDO Y revisor fiscal.

1.5 CONDICIONES TECNICAS ADICIONALES DE CALIFICACION (400 PUNTOS)

El oferente presenta documento anexo que acredita cumplimiento mediante pdf. POLICIA 2024 CONDICIONES TEC AD DE CALIFICACION firmado por representante legal LUZ GARCIA DE GALINDO

ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS (100 PUNTOS)

CONCEPTO	PUNTAJE ASIGNADO	OFRECE	
		SI	NO
El oferente que ofrezca una (01) vez al mes durante la ejecución del contrato actividades lúdicas, deportivas, recreativas y/o culturales dirigido a los usuarios que asisten al programa de rehabilitación, garantizando la seguridad de los mismos durante la realización de estas actividades y contando con la autorización previa de los padres o acudientes.	100 PUNTOS	X	

ACTUALIZACIONES DE LOS PROFESIONALES (200 PUNTOS)

PROFESIONAL	RANGO DE PROFESIONALES	PUNTAJE	MARQUE CON UNA X
Profesionales requeridos para este proceso de selección que hayan realizado actualizaciones, cursos, capacitaciones, diplomados o especializaciones relacionados con sus profesiones y con la población objeto del presente proceso de contratación, en instituciones educativas debidamente acreditadas	8-10	200 PUNTOS	X
	5-7	100 PUNTOS	
	2-4	50 PUNTOS	
	Uno o menos	0 PUNTOS	

El oferente presenta documento anexo que acredita cumplimiento mediante pdf. POLICIA 2024 Certi ACT compressed

CAPACIDAD INSTALADA ADICIONAL (100 PUNTOS)

CONCEPTO	PUNTAJE ASIGNADO	CUMPLE	
		SI	NO
El oferente que ofrezca más de una (01) sede para la prestación del servicio de los usuarios.	100 PUNTOS	X	

El oferente presenta documento anexo que acredita cumplimiento mediante pdf. POLICIA 2024 CAPACIDAD INSTALADA. pdf POLICIA 2024 CERT TRES SEDES.

CONSOLIDADO

FIRMA	CONDICIONES TECNICAS MININAS HABILITANTES	EXPERIENCIA	PROTECCIÓN A LA INDUSTRIA NACIONAL	EMPRENDIMIENTOS Y EMPRESAS DE MUJERES	CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES DE CALIFICACIÓN	TOTAL
CORPORACION SINDROME DE DOWN	CUMPLE	CUMPLE	100	2.5	400	502.5

Atentamente,

Comité Evaluador Técnico

SM106 CLAUDIA LIDA GRANADOS PINTO
Fisioterapeuta
ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero

ORD10 ZAIDA MARCELA GÓMEZ G.
Educadora Especial
ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero

SM106 GLADYS YELANDIA GOMEZ
Terapeuta Ocupacional
ESPRI BG Edgar Yesid Duarte Valero

Carrera 68 B Bis N° 44-58
Conmutador 5804400 ext.1707
disan.upb-je@policia.gov.co
www.policia.gov.co

ANEXO

RECURSO HUMANO REQUERIDO

RECURSO HUMANO PN RASES No. 1 SA 040 2024					
ESPECIALIDAD	**PROFESIONAL**	**IDENTIFICACION**	**RETHUS**	**CERTIFICACION EXPERIENCIA**	**FORMATO DE IDONEIDAD**
FONOAUDIOLOGIA	PAULA MARCELA PRIETO SARAZO	52.781.916	X	X	X
FONOAUDIOLOGIA	INGRID LISETH CASTELLANOS CUSBA	1.031.157.333	X	X	X
FISIOTERAPIA	MILENA NIETO MARTINEZ	52.705.584	X	X	X
FISIOTERAPIA	ANA PATRICIA BARRIOS VILLALOBOS	52.276.620	X		X
TERAPIA OCUPACIONAL	CATALINA CAMARGO POSADA	52.862.416	X	X	X
TERAPIA OCUPACIONAL	GILMA LEONOR VELASCO OSPINA	52 185 053	X	X	X
PSICOLOGIA	LISETH PAOLA LARA CONSUEGRA	1.020.764.950	X	X	X
PSICOLOGIA	NATALIA GÓMEZ SALINAS	1073514723	X	X	X
TRABAJO SOCIAL	MARIA ANGELICA RINCON POVEDA	53.911.545		X	X
EDUCADORA ESPECIAL	YESICA CAROLINA GARCIA DURAN	53.061.532		X	X
EDUCADORA ESPECIAL	MARTHA AMALIA VASQUEZ	39.677.801		X	X
NUTRICIONISTA	SONIA ALBORNOZ MORENO	52.263.402	X	X	X

Nombre del profesional:
Identificación (C.C ☒ C.E. ☐) 52.228.360

Claudia Lida Gaona P

Nombre del profesional:
Identificación (C.C ☒ C.E. ☐) 52084494

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ
GRUPO DE SOPORTE Y APOYO

Nro. GS- 2024 / 576453 **/ MEBOG**

Bogotá D.C, 29 de octubre de 2024

Señor capitán
ISAAC AMADO CODINA GALLARDO
Responsable (E) Proceso Contratos RASES1
Regional de Aseguramiento en Salud No.1
Carrera 68 BIS No. 44 - 58 Piso 4
Bogotá, D.C.

Asunto: Evaluación del proceso PN RASES No. 1 SA 040 2024

De manera atenta y respetuosa, me permito informar al señor intendente que al proceso **PN RASES No. 1 SA 040 2024** que tiene por objeto **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LOS USUARIOS Y/O BENEFICIARIOS CON SÍNDROME DE DOWN AFILIADOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL Y ADSCRITOS A LAS UNIDADES PRESTADORAS DE SALUD PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1** el proponente CORPORACION SINDROME DE DOWN **CUMPLE** con lo estipulado en la invitación del presente proceso así:

OFERENTE	OBSERVACION
CORPORACION SINDROME DE DOWN	**CUMPLE:** con lo estipulado en la invitación del presente proceso

Atentamente,

PS-07 **FERNANDO LADINO MIRANDA**
Evaluador Económico

CPS-5 **BRANDON JORDY GARCIA RINCON**
Evaluador Económico

CPS-4 **DANIEL FERNANDO DELGADILLO BALLESTEROS**
Evaluador Económico

Anexo(s): (NO APLICA)

Copia: 1

Fecha de elaboración: 29-10-2024
Ubicación: C:\Informacion\Documentos\1 - 2024\EVALUACIONES\PN RASES No. 1 SA 040 2024 SÍNDROME DE DOWN 29 10 2024

POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1.

PN RASES No. 1 SA 040 2024

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LOS USUARIOS Y/O BENEFICIARIOS CON SÍNDROME DE DOWN AFILIADOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL Y ADSCRITOS A LAS UNIDADES PRESTADORAS DE SALUD PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1

VIGENCIA 2024	**CIENTO CINCUENTA Y SEIS MILLONES DE PESOS ($156.000.000) MONEDA LEGAL COLOMBIANA**
OFERENTES:	**CORPORACION SINDROME DOWN**
ADJUDICACION	**TOTAL**

CPS. BRANDON JORDY GARCIA RINCON
EVALUADOR ECONOMICO

CPS. DANIEL FERNANDO DELGADILLO
EVALUADOR ECONOMICO

PS 7. FERNANDO LADINO MIRANDA
EVALUADOR ECONOMICO

POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1.

PN RASES No. 1 SA 040 2024

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LOS USUARIOS Y/O BENEFICIARIOS CON SÍNDROME DE DOWN AFILIADOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL Y ADSCRITOS A LAS UNIDADES PRESTADORAS DE SALUD PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1

OFERENTE	ANEXO OFERTA ECONOMICA		FORMATO SOSTENIBILIDAD		REGISTRO UNICO TRIBUTARIO		CERTIFICACION BANCARIA		FORMULARIO DATOS BASICOS BENEFICIARIO CUENTA	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
CORPORACION SINDROME DOWN	X		X		X		X		X	

CPS. BRANDON JORDY GARCIA RINCON
EVALUADOR ECONOMICO

CPS. DANIEL FERNANDO DELGADILLO
EVALUADOR ECONOMICO

PS 7. FERNANDO LADINO MIRANDA
EVALUADOR ECONOMICO

POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 1.

PN RASES No. 1 SA 040 2024

ANEXO

INFORMATIVO PRECIO TECHO

ANEXO

PORCENTAJE DESCUENTO OFRECIDO

ITEM CON DESCUENTO

PLIEGO

OFERTA ECONOMICA FUNDACION SINDROME DE DOWN

PROCENTAJE DE

PRECIO FINAL

ITEM	DESCRIPCIÓN	PRECIO TECHO
1	VALORACIÓN INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO (MODALIDAD PRESENCIAL)	$ 524.631
2	PROGRAMA PRESENCIAL DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA POR USUARIO (MENSUAL)	$ 824.593
3	PROGRAMA PRESENCIAL PARA USUARIOS CON INCLUSIÓN ESCOLAR (MENSUAL POR USUARIO)	$ 856.883
4	PROGRAMA PRESENCIAL PARA USUARIOS SIN INCLUSIÓN ESCOLAR (MENSUAL POR USUARIO)	$ 2.323.983

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	PRECIO TECHO	PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO APLICA SOBRE EL PRECIO TECHO UNITARIO PARA CADA UNO DE LOS ITEM (IVA INCLUIDO)	PROCENTAJE DE DECUENTO INTITUTO ROOSVELT	PRECIO FINAL
1	VALORACIÓN INTERDISCIPLINARIA POR USUARIO (MODALIDAD PRESENCIAL)	$ 524.631	11%	57.709	466.922
2	PROGRAMA PRESENCIAL DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA POR USUARIO (MENSUAL)	$ 824.593		90.705	733.888
3	PROGRAMA PRESENCIAL PARA USUARIOS CON INCLUSIÓN ESCOLAR (MENSUAL POR USUARIO)	$ 856.883		94.257	762.626
4	PROGRAMA PRESENCIAL PARA USUARIOS SIN INCLUSIÓN ESCOLAR (MENSUAL POR USUARIO)	$ 2.323.983		255.638	2.068.345

CPS. BRANDON JORDY GARCIA RINCON

Evaluador Económico al PN RASES No. 1 SA 040 2024

CPS. DANIEL FERNANDO DELGADILLO

Evaluador Económico al PN RASES No. 1 SA 040 2024

PS-7 FERNANDO LADINO MIRANDA

Evaluador Económico al PN RASES No. 1 SA 040 2024

PN RASES No. 1 SA 040 2024

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LOS USUARIOS Y/O BENEFICIARIOS CON SÍNDROME DE DOWN AFILIADOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL Y ADSCRITOS A LAS UNIDADES PRESTADORAS DE SALUD PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1

PRESUPUESTO	**CIENTO CINCUENTA Y SEIS MILLONES DE PESOS ($156.000.000) MONEDA LEGAL COLOMBIANA**
INDICADORES CAPACIDAD FINANCIERA	**CORPORACION SINDROME DOWN**
INDICE DE LIQUIDEZ IGUAL O SUPERIOR 1,84	
ACTIVO CORRIENTE	2.315.701,00
PASIVO CORRIENTE	212.805,00
INDICADOR	**10,88**
CUMPLE	**CUMPLE**
INDICE DE ENDEUDAMIENTO IGUAL O INFERIOR 42%	
PASIVO TOTAL	212.805,00
ACTIVO TOTAL	3.046.013,00
INDICADOR	**6,99**
CUMPLE	**CUMPLE**
RAZON DE COBERTURA DE INTERESES IGUAL O MAYOR A 3,98	
UTILIDAD OPERACIONAL	263.928,00
GASTOS DE INTERES	0,00
RAZON	INDETERMINADO
CUMPLE	**CUMPLE**
INDICADORES CAPACIDAD ORGANIZACIONAL	
RENTABILIDAD DEL PATRIMONIO IGUAL O MAYOR A 0,02	
UTILIDAD OPERACIONAL	263.928,00
PATRIMONIO	2.833.208,00
RENTABILIDAD	**0,09**
CUMPLE	**CUMPLE**
RENTABILIDAD DEL ACTIVO IGUAL O MAYOR A 0,01	
UTILIDAD OPERACIONAL	263.928,00
ACTIVO TOTAL	3.046.013,00
RENTABILIDAD	**0,087**
CUMPLE	**CUMPLE**

CPS. BRANDON JORDY GARCIA RINCON
EVALUADOR ECONOMICO

CPS. DANIEL FERNANDO DELGADILLO
EVALUADOR ECONOMICO

PS 7. FERNANDO LADINO MIRANDA